

ORDEN MÉDICA

Obra Social	Fecha: / /	
Nombre	Apellido	
Nº de beneficiario	Tipo de Doc.	Nº de Documento
Edad	Sexo	

Diagnóstico:.....

Prestaciones de rehabilitación:

Requiere: ☐ SI ☐ NO

1- Prestación de apoyo:..... Cantidad de sesiones..... semanales.

Periodo: desde..... Hasta Año:.....

2- Prestación de apoyo:..... Cantidad de sesiones..... semanales.

Periodo: desde..... Hasta Año:.....

3- Prestación de apoyo:..... Cantidad de sesiones..... semanales.

Periodo: desde..... Hasta Año:.....

4- Prestación de apoyo:..... Cantidad de sesiones..... semanales.

Periodo: desde..... Hasta Año:.....

Institución (centro de día, escuela especial, CET, formación laboral)

Requiere: ☐ SI ☐ NO

Prestación:..... Jornada:

Periodo: desde..... Hasta Año:.....

Dependencia: ☐ SI ☐ NO *En caso de afirmativo se deberá adjuntar Formulario FIM*

Integración escolar

Requiere: ☐ SI ☐ NO ☐ Maestra de apoyo ☐ Integración escolar en equipo

Cantidad de horas semanales.....

Periodo: desde..... Hasta..... Año:.....

Firma y sello del médico tratante